

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

396

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yves SCHTEIN

Né à La Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire) le 30 mars 1896

Un cas de Nephrite Hemorragique

CHEZ UNE ENFANT HEREDO-SYPHILITIQUE

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1922

396

300

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yves SCHTEIN

Né à La Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire) le 30 mars 1896

Un cas de Nephrite Hemorragique

CHEZ UNE ENFANT HEREDO-SYPHILITIQUE



Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1922

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNÉO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHET.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBL.
Pathologie externe			LECÈNE.
Pathologie interne			RENON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MÉNÉTRIER.
			GILBERT.
Cliniques médicales	{		Hôtel-Dieu
			Saint-Antoine
			Cochin
			Beaujon
Clinique thérapeutique de la Pitié	{		Hôtel-Dieu
			Saint-Antoine
			Cochin
Clinique chirurgicale	{		Salpêtrière
			Tarnier
			Baudelocque
			Pitié
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			BAR.
— des maladies infectieuses			COUVELAIRE.
— des maladies nerveuses			BRINDEAU.
— des maladies mentales			JEANSELME.
— infantile médicale			TEISSIER.
— d'hygiène de la première enfance			P. MARIE.
— infantile chirurgicale			CLAUDE.
— des voies urinaires			NOBÉCOURT.
— gynécologique			MARFAN.
— ophtalmologique			Auguste BROCA.
— oto-rino-laryngologique			LEGUEU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			FAURÉ.
Stomatologie			DE LAPERSONNE.
			SEBILEAU.
			LANGLOIS, <i>agréé</i> .
			FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAST	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCOQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de filiale affection

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR WOLF

Directeur de l'École de Médecine de Tours

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE
TOURS

MM. Les Docteurs BOSC, FAIX, Guillaume LOUIS,
GODEAU, LAPEYRE, MERCIER, MEUNIER,
THIERRY, TILLAYE.

qui ont su guider sûrement et avec bienveillance mes
premiers pas dans ma carrière.

A Monsieur le Docteur Charles MARTIN

Professeur à l'École de Médecine d'Angers

Hommage reconnaissant

A Monsieur le Docteur AVIRAGNET

Médecin des Enfants Malades

Officier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

Professeur de Clinique des maladies des enfants

Médecin des Enfants Malades

Chevalier de la Légion d'honneur

Avant que d'aborder notre sujet nous avons un agréable devoir à remplir.

Nous remercions sincèrement M. le Docteur Aviragnet, notre maître, près de qui nous avons toujours trouvé un accueil paternel et de précieux conseils.

Nous remercions de même M. Pegnault, interne du service qui a bien voulu s'intéresser à notre travail.

Le Docteur M^{lle} Lesoudier, chef de laboratoire, s'est mise gracieusement à notre disposition pour les recherches dont nous avons eu besoin, nous lui témoignons également notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UN CAS DE NEPHRITE HEMORRAGIQUE CHEZ UNE ENFANT HEREDO-SYPHILITIQUE

Nous avons eu la chance, au cours de nos fréquentes visites dans le service de M. le Docteur Aviragnet, aux enfants malades, de pouvoir observer une jeune malade dont le cas nous a paru particulièrement intéressant.

Il s'agit d'un enfant de treize ans et demi, ayant présenté des accidents de nephrite aiguë avec tendance ultérieure à la chronicité.

L'évolution un peu particulière des symptômes, la ténacité de certains d'entre eux nous ont fait penser qu'il s'agissait là d'un cas de nephrite aiguë de cause sans doute banale mais évoluant sur un terrain spécifique et présentant une évolution nettement influencée par cette spécificité. Cette opinion a été pleinement confirmée par les divers examens de laboratoire.

Il nous a paru utile d'en rapporter ici l'observation :

OBSERVATION

Suzanne G..., née le 8 février 1908.

Entrée dans le service le 7 janvier 1922 à l'âge de treize ans et demi.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, pesant 3 kilos à la naissance, nourrie au sein maternel jusqu'à dix mois.

A 16 mois : entérite ayant persisté un an et se manifestant encore par crises de temps à autre.

Entre 2 et 3 ans : péritonite tuberculeuse ayant nécessité l'alitement pendant 6 semaines.

A 3 ans : scarlatine (urines albuminuriques), la convalescence se passe à Brevannes où l'enfant a reçu à cette époque plusieurs injections de sérum antidiptérique.

A 3 ans et 3 mois : coqueluche.

A 3 ans et demi : varicelle.

A 8 ans : albuminurie nécessitant son admission à l'hôpital.

L'enfant n'est pas réglée encore actuellement, elle ne présente même aucun signe de puberté prochaine.

Depuis 3 ans elle présente un certain degré de surdité.

Elle a eu « mal à la gorge » il y a 15 jours.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à 32 ans. Mère, paraît bien portante, voix légèrement voilée; son père est mort bacillaire.

Autres enfants : 4 vivants — une grossesse gemellaire avec accouchement prématuré à 6 mois et demi de deux fœtus morts; une fausse couche de 5 mois,

Le 7 janvier 1922 : L'enfant est amenée dans le service parce qu'elle est enflée de partout.

Cet œdème a commencé depuis trois jours. L'enfant se plaint de douleurs dans les jambes, douleurs qui l'empêchent de marcher.

Un peu de diarrhée contrastant avec sa constipation habituelle.

On pratique la cuti-réaction à la tuberculine, le résultat en sera faiblement positif.

La réaction de fixation de Besredka est douteuse. La tension artérielle prise au Pachon donne *maximum* : 15, *minimum* : 10. L'examen des urines décèle une *forte quantité d'albumine*. Elles prennent en masse à la chaleur. Le dosage à l'Esbach indique 12 grammes. *Les urines sont rouges, nettement hématuriques*. La réaction de Meyer pratiquée pour confirmation est fortement positive.

La quantité d'urine émise en 24 heures est seulement de 500 cc.

La température s'écarte peu de la normale 37°4. Le poids de l'enfant est de 26 kg. 100.

L'enfant est mise à la diète avec de l'eau lactosée : 500 grammes le premier jour, on arrive à lui donner au bout de 3 jours, 1 litre de lait et 3/4 de litre d'eau lactosée.

Le 11 janvier : on trouve encore 11 grammes d'albumine, mais cette quantité diminue vite puisque le 12, on n'en trouve plus que 2 gr. 50.

A ce moment la tension artérielle est de : maximum, 15; minimum, 10; la diurèse s'établit la quantité d'urines émises en 24 heures passe à 1250 cc

Pendant les 3 jours suivants on trouve encore 1 gr. 50 d'albumine.

Le 17 janvier, il y en a 2 grammes.

Le 18, on n'en trouve plus que 0 gr. 75; la tension est à : maximum, 15; minimum, 8; l'albuminurie diminue toujours pour arriver le 28 janvier à 0 gr. 20; la tension diminue : maximum, 13; minimum, 8.

L'enfant urine 1800 cc. en 24 heures.

La réaction de Meyer est moins fortement positive
A ce moment on alimente l'enfant de la façon suivante :

Régime déchloruré	{	Pain sans sel	100 gr.
		Purée	60 gr.
		Confitures	30 gr.
		Eau lactosée	1 litre
		Lait	1 litre

Jusque là le poids de l'enfant a progressivement diminué jusqu'à 22 kg. 400 ; les œdèmes ont disparu.

La réaction de Meyer plus faible est néanmoins toujours positive.

L'examen microscopique du culot urinaire centrifugé a montré des cylindres, des hématies très nombreuses, des leucocytes, des cristaux d'acide urique.

La recherche des bacilles de Koch est négative de même l'inoculation au cobaye.

Le 14 février : L'alimentation de l'enfant est ainsi réglée :

Régime toujours déchloruré	{	Viande crue	100 gr.
		Purée	400 gr.
		Confitures	20 gr.
		Pain sans sel	200 gr.
		Lait	1 litre
		Eau lactosée	½ litre
		Café	150 cc.

Le 20 février bien que les autres recherches en ce sens aient été négatives, quelques soupçons subsistant d'une néphrite hématurique d'origine bacillaire on fait pratiquer une cystoscopie.

Pour cela l'enfant est conduite à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Legueu où M. de Berne-Lagarde, chef de clinique, pratique immédiatement cet examen :

Le résultat en est absolument négatif.

La réaction de Wassermann dans le sang est alors pratiquée à l'institut Pasteur dans le laboratoire de M. Besredka par M. Goldenberg :

Le résultat est fortement positif.

L'examen du cœur de l'enfant n'a montré que quelques signes fonctionnels anormaux, lesquels ont disparu au bout de quelques jours.

On institue aussitôt un traitement antisypilitique énergique :

Le 24 février	1 ^{re}	injection de 5 centigr. de Neo 106			
— 28 —	2 ^{me}	—	—	—	—
— 6 mars	3 ^{me}	—	—	—	—
— 12 —	4 ^{me}	—	—	—	—
— 16 —	5 ^{me}	—	—	—	—
— 22 —	6 ^{me}	—	—	—	—
— 29 —	7 ^{me}	—	—	—	—
— 4 avril	8 ^{me}	—	—	—	—
— 9 —	9 ^{me}	—	—	—	—
— 13 —	10 ^{me}	—	—	—	—

Le 22 mars (date de la 6^{me} injection de Neo 106), les urines prélevées à la sonde contiennent quelques hématies, pas de leucocytes.

Le Meyer est encore positif mais faiblement ; la recherche de l'albumine ne décèle plus qu'un léger louche.

Le 24 mars, on fait un essai de régime normal.

Le 25 mars, le Meyer redevient fortement positif; *l'hématurie augmente*; on institue de nouveau un régime déchloruré.

Le 12 avril, l'enfant présentant des signes d'intolérance digestive pour le régime si longtemps déchloruré on restitue 5 grammes de chlorure de sodium; l'enfant reçoit le lendemain sa 10^{me} injection de Neo 106.

Le 15 avril : *la réaction de Meyer est négative.*

Le 24 avril : LE WASSERMANN PRATiqué DE NOUVEAU EST DEvenu NégATIF.

Le 10 mai : LE WASSERMANN EST TOUJOURS NégATIF.

Le Meyer est très faiblement positif; on ne trouve plus que des traces d'albumine.

Depuis le début de février l'enfant a repris du poids sans qu'il y ait réapparition d'œdème; aujourd'hui, elle pèse 28 kg. 500; sa tension artérielle au Pachon est de : maximum, 14; minimum 8.

Elle quitte le service le 20 mai dans un état satisfaisant.

En présence de cette jeune malade, il résulte de l'étude des différents symptômes qu'elle présentait à son entrée dans le service :

Œdème, albumine dans les urines, oligurie, urines sanglantes, que nous nous trouvions en présence d'une de ces néphrites aiguës comme on en observe souvent chez les enfants. Mais à quelle cause pouvions-nous attribuer les lésions rénales.

Les symptômes n'ont pas cédé au traitement classique habituel.

Quelle était donc la nature des lésions ? Étions-nous en présence d'une bacillose. Fallait-il plutôt faire appel aux antécédents infectieux (scarlatine, angine), pour y trouver une explication satisfaisante ?

Peut-être pouvions-nous penser également à une « hérédité rénale », question bien mise en lumière par MM. Castaigne et Rathery. Sur trois autres enfants en effet, deux ont présenté d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, à un certain moment, une albuminurie passagère.

La malade qui nous occupe a également fait dans son jeune âge une albuminurie. Mais nous n'avons sur ces faits que des renseignements imparfaits, d'autre part nous ne retrouvons aucun stigmate rénal chez la mère. Du père nous savons seulement qu'il est mort de bacillose.

Si certaines néphrites des enfants peuvent être attribuées nettement à une hérédité rénale, jouant sinon le rôle de cause immédiate, du moins un rôle important comme cause favorisante, il ne semble pas qu'ici nous puissions affirmer rien de pareil.

En faveur d'une tuberculose possible certains antécédents nous ont semblé impressionnants au point de vue héréditaire d'abord : père mort bacillaire ; grand-père maternel mort également bacillaire ; un grand frère de 22 ans, scoliotique ; au point de vue personnel ensuite : notion d'une péritonite tuberculeuse.

Il était donc légitime que nos recherches se soient orientées d'abord de ce côté.

Leur résultat en fut concluant : nous n'étions pas en présence de lésions bacillaires et cela nous pouvons l'affirmer avec à l'appui des preuves convaincantes :

La cuti-réaction a été légèrement positive ; nous avons là ce qu'on appelle une cuti-réaction « physiologique » comme en présentent tous les sujets qui ont été à un moment quelconque de leur existence en contact avec des bacilles de Koch et qui ont réagi contre ces bacilles.

A partir de l'âge de 5 ans, nous avons pu en effet, observer dans le service de M. Aviragnet que la cuti-réaction était toujours positive à ce degré avec des exceptions rares. Nous avons à l'appui de cette notion l'expérience de M. le Docteur Jousset, les travaux de MM. les Professeurs Léon Bernard et E. Sergent. Nous ne pouvons pas retenir ici cette cuti-réaction comme ayant une valeur diagnostique importante.

Mais d'autres épreuves ont été rigoureusement probantes contre l'hypothèse de bacillose.

1° *La recherche du bacille de Koch dans les urines a été négative.*

2° L'inoculation au cobaye a été également négative en effet :

Le 17 janvier 1922 on inocule un cobaye pesant ce jour 750 grammes avec 1 cc. de culot de centrifugation des urines.

Les jours suivants on n'observe aucune réaction locale.

Le 7 février le poids du cobaye est de 580 grammes.

Le 11 février le poids du cobaye est de 640 grammes.

Toujours aucune lésion locale.

Le 14 février on pratique dans le sang de l'animal la réaction de fixation de Besredka (cette réaction a été pratiquée dans le laboratoire de M. Besredka à l'institut Pasteur par M. Goldenberg); la réaction est négative.

Le 2 mars le poids du cobaye est de 730 grammes.

Le 17 mars c'est-à-dire au bout de 2 mois à dater de l'inoculation l'animal est sacrifié, peut être un peu tôt pour qu'on puisse observer à l'autopsie de grosses lésions en cas d'infection tuberculeuse. Mais on ne trouve pas trace de tubercule, tous les organes paraissent normaux. Les recherches pratiquées sur la rate ont été également négatives.

3° On ne peut noter chez la malade aucune autre localisation tuberculeuse.

4° La cystoscopie pratiquée par M. de Berne-Lagarde, chef de clinique de M. le Professeur Legueu a été absolument négative.

Fallait-il donc voir là la conséquence d'une angine banale que l'enfant semble avoir fait 15 jours avant son entrée à l'hôpital. Fallait-il mettre en cause une scarlatine datant de 10 ans et ayant provoqué il est vrai une albuminurie passagère.

Nous nous avancerions trop si nous voulions ici éliminer complètement cette étiologie, nous devons bien admettre qu'une scarlatine peut léser le rein même chez des sujets très jeunes et il n'est pas impossible que cette angine légère, ce simple « mal de gorge » ait été le point de départ de ces accidents néphritiques. Nous en avons vu de nombreux exemples.

Mais si nous admettons ce fait comme cause d'une

poussée de néphrite aiguë, il est difficile de se contenter de cette étiologie en présence de tels accidents qui résistent au traitement classique.

Devant cette hypertension tenace, devant cette hématurie opiniâtre il devenait évident qu'il y avait là autre chose qu'une infection banale.

C'est alors que les recherches ont été orientées du côté d'une spécificité dont le soupçon venait presque s'imposer en l'absence d'autre explication plausible.

« La néphrite syphilitique héréditaire tardive écrit M. Castaigne est vraisemblablement beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a supposé jusqu'alors, à notre avis elle tient dans sa dépendance toute une série de cas d'albuminurie de l'enfance et beaucoup de faits de débilité rénale. »

M. le Professeur Chauffard admet que chez un syphilitique le froid agit tantôt comme vraie cause de néphrite, tantôt comme cause occasionnelle et que la distinction ne peut se faire que par les résultats du traitement, suivant la manière dont les malades répondent au régime lacté.

Dans le cas qui nous occupe, la réaction de Wassermann pratiquée dans le sang a été *fortement positive*, et ce fait a une valeur diagnostique importante. D'autres petits signes sont en concordance avec l'idée de spécificité.

Les fausses couches de la mère, antérieures à la naissance de l'enfant en question et une surdité marquée de l'enfant, survenue depuis 3 ans, sans cause appréciable.

Mais le fait le plus probant qu'il nous a été donné

d'observer par la suite : c'est l'amélioration manifeste apportée par le traitement anti-syphilitique énergique institué aussitôt et la négativation du Wassermann par ce traitement.

Il faut donc bien voir là à notre avis une spécificité sinon comme cause immédiate, du moins ayant influencé nettement l'évolution de la néphrite.

Ces faits sont aujourd'hui bien connus. A. Fournier disait déjà en 1886 : l'existence des néphrites en tant que manifestations possible de l'heredo-syphilis tardive est désormais indiscutable.

M. le Professeur Renon écrit dans la presse médicale de 1899 : « La fragilité du rein est un fait extrêmement fâcheux dans l'évolution de la syphilis secondaire et de la syphilis tertiaire et la syphilis tout comme la scarlatine a à ce point de vue une supériorité funeste sur les autres maladies infectieuses et toxiques. »

Ici nous ne sommes pas, certes en présence d'une syphilis secondaire ni tertiaire, quoique les faits de syphilis acquise ne soient pas exceptionnels chez les enfants.

Ce que la syphilis acquise peut faire sur le rein, la syphilis héréditaire le peut également et ici cette syphilis a eu beau jeu, car nous voyons qu'elle est associée à un passé bien lourd (scarlatine, poussées d'albuminurie, angine).

Nous ne pouvons mieux faire ici pour appuyer notre opinion que citer certains passages d'un article de M. le Professeur Hutinel, emprunté au Paris-Médical de 1919.

« Il est des néphrites dont on dit formellement

qu'elles sont de cause inconnue, on les découvre par hasard et si leur allure est capricieuse, elles tendent à devenir chronique.

Pourquoi ce paradoxe chez des enfants? Bon nombre de ces néphrites sont d'origine bacillaire, mais les néphrites imputables au bacille de Koch ont des symptômes qui permettent généralement de les reconnaître, ou tout au moins de les soupçonner.

Il en est d'autres où la tuberculose ne joue qu'un rôle effacé ou fait totalement défaut. Celles-ci sont fréquemment sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

Chez ces enfants la réaction de Wassermann est positive, soit du premier coup, soit après un léger traitement de réactivation. »

Nous avons cru utile de rapporter également ci une observation de M. le Professeur Hutinel, publiée à l'appui de l'article que nous venons de citer, nous y voyons que le petit malade en question a été notablement amélioré par le traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION

P... Lucien, âgé de 14 ans et demi, nous est amené le 19 août 1918 parce que ses urines sont sanglantes. Ses parents se disent bien portants, sa mère a eu 7 enfants vivants, un mort né et une fausse couche de 3 mois et demi.

Il a eu à 2 ans une laryngite striduleuse et récemment une coqueluche d'intensité moyenne.

Depuis 15 jours, il est pâle, triste, fatigué.

Depuis 4 jours la face est bouffie, on constate une infiltration œdémateuse de tout le tégument, plus marquée sur la face que sur le tronc et les membres. Pas de cyanose. Pas de desquamation. Douleurs lombaires.

Troubles du sytème cardiaque sans lésions d'orifices ; urines peu abondantes, 800 grammes.

Albumine 1 gr. 50 par litre ; le sang a disparu ; légère angine, l'enfant a la gorge délicate, il est soigné pour végétations adénoïdes ; la température oscille entre 37°6 et 37°8 ; poids, 38 kg. 950 ; tension artérielle : maximum, 15 ; minimum, 8,5.

Traitement : Diète hydrique (500 grammes d'eau) ; ventouses sèches ; enveloppements chauds du tronc.

Les jours suivants l'état de l'enfant s'améliore lentement, le poids tombe en 14 jours à 32 kg. 800. Le chiffre de l'urine s'élève à 2 litres ; la tension s'abaisse à : maximum, 12 ; minimum, 8. L'albumine persiste, mais diminue lentement ; la réaction de Wassermann est faiblement positive (6 à l'échelle de Vernes).

Dès le second jour on a donné 250 grammes de lait et on a augmenté cette dose chaque jour de 250 gr. jusqu'à un litre et demi.

Le 7 septembre, l'albuminurie ayant presque disparu injection de 8 centigrammes de 914.

Les jours suivants le taux des urines s'élève à 2 litres 25 un léger louche d'albumine apparaît ; la tension est à 12,7.

Huit jours après, seconde injection de 914, la tension remonte à 14 maximum passagèrement.

Les injections suivantes de 914 sont bien tolérées ; l'albumine disparaît ; l'état général est bon.

Nous voyons que le petit malade en question s'est amélioré d'abord par le traitement classique des néphrites aiguës mais que cette amélioration s'est accentuée sous l'influence du traitement antisypilitique.

Dans le cas que nous rapportons, une amélioration s'est également fait sentir sous l'influence du régime, mais l'hématurie n'a cédé vraiment qu'au traitement spécifique.

Nous ne voulons pas dire que dans ces cas de néphrites de cause spécifique ou plutôt évoluant sur un terrain spécifique, le traitement antisypilitique soit seul nécessaire. Comme l'a dit M. le Professeur Huturel, le traitement spécifique ne saurait en aucun cas se passer de l'appui du traitement hygiénique et diététique.

Ce traitement hygiénique et diététique n'aura ici rien de spécial : diète hydrique au début puis alimentation progressive au lait et régime déchloruré.

En somme cette fillette entrée dans le service du plein anasarque, évacuait journellement 500 cc. d'une urine sanglante.

Présentant dans ses antécédents personnels, des causes évidentes de néphrites (scarlatine, angine), elle pouvait être interprétée comme une poussée banale de néphrite aiguë avec importante rétention chlorurée et lésions artérielles.

Mais rapidement les résultats très imparfaits de la cure classique : réduction des liquides régime déchloruré, diurétiques, forcèrent à admettre que nous ne nous trouvions point en présence d'une simple poussée congestive de néphrite hématurique, avec hématurie importante, mais transitoire comme on en observer si souvent chez l'enfant.

En fouillant les antécédents de la petite malade, on notait d'une part, la notion d'une péritonite tuberculeuse entre 2 et 3 ans, d'autre part, l'hérédité au point de vue bacillaire, assez lourdement chargée (père mort bacillaire, mère atteinte de laryngite chronique suspecte, frère aîné scoliotique).

L'hématurie persistante pouvait, du fait de ces notions, faire songer à une de ces néphrites chroniques hématuriques dans un rein porteur de petites lésions bacillaires.

Mais ni la cystoscopie, ni la recherche des bacilles de Koch dans les urines, ni l'inoculation au cobaye, ne sont venus confirmer cette hypothèse.

Par ailleurs le Wassermann dans le sang, systématiquement recherché a été fortement positif.

Malgré l'absence de stigmates somatiques nets, en

faveur de l'heredo spécificité, à part peut-être une surdité d'origine obscure, le Wassermann positif joint à la notion des fausses couches de la mère, antérieures à la naissance de l'enfant qui nous occupe, légitimèrent suffisamment à nos yeux l'impression qu'il s'agissait ici d'une néphrite aiguë dont la cause provocatrice avait peut être été une injection banale ; mais néphrite évoluant sur un rein sensibilisé par une spécificité héréditaire quasi certaine.

Ce qui acheva à nos yeux la démonstration ce fut l'efficacité du traitement spécifique poursuivi pendant cinq semaines à raison de 2 injections intra-musculaires de 5 centigrammes de Neo 106 par semaine.

La transformation de l'état général de l'enfant fut parallèle à la transformation de syndrome urinaire : disparition de l'albuminurie et de la pyurie ; disparition presque totale de l'hématurie. Reprise de poids considérable avec disparition des œdèmes. Retour à une tension peut être encore un peu forte pour une enfant de cet âge mais cependant très voisine de la normale. Enfin la réaction de Wassermann à nouveau pratiquée deux fois, fut aux deux fois négative.

Cette enfant est sortie du service considérablement améliorée il sera intéressant de pouvoir la suivre dans l'avenir car elle reste peut être à la merci d'une nouvelle poussée de néphrite. Nous lui avons tout au moins conseillé lors de son départ un régime hypochloruré et une cure d'entretien antispécifique.

Traitement :

Quel sera chez ces malades le traitement spécifique de choix ? A quel agent thérapeutique donner la préférence.

Il semble que tout agent antisypilitique énergique puisse donner de bons résultats en pareil cas.

Il faut cependant avoir présent à l'esprit que le rein est lésé et que certains médicaments antisypilitiques ont sur le tissu rénal une action irritante, voire même nocive.

Pour cette raison nous nous méfions du mercure employé seul.

M. Castaigne écrit : « Au point de vue expérimental le Hg est plus toxique que l'arsénobenzol. Certains malades présentent de l'albuminurie sous l'influence du seul traitement mercuriel. Il est impossible de savoir a priori si telle forme de néphrite sera améliorée ou au contraire aggravée par le traitement Hg. Certaines albuminuries préexistantes sont augmentées par cette thérapeutique.

En tous cas il faut rejeter les sels insolubles et tâter la susceptibilité du sujet.

En ce qui concerne l'arsénobenzol, on sait également que dans certains cas d'albuminurie les effets ne sont pas très brillants. Mais dans ces néphrites ayant une spécificité pour substratum, il est nécessaire d'instituer un traitement énergique de cette diathèse.

On peut comparer la situation dans laquelle on se trouve ici à celle créée par l'apparition d'une endocardite chez un rhumatisant aigu. Le salicylate de soude

spécifique du rhumatisme, cause de l'endocardite est lui-même un toxique pour le cœur. L'indication se pose cependant nettement de continuer le salicylate.

Nous agissons de même ici, mais avec prudence, en commençant par des doses faibles et en réglant l'administration du médicament sur la façon dont réagira le malade.

Dans le cas présent nous avons employé le Neo 106 ou diarsénophenyl de Hg et de vanadium méthylé ioduré. Ce médicament encore peu entré dans la pratique nous a donné de bons résultats et a été très bien toléré.

Enfin le bismuth paraît devoir donner des résultats intéressants dans les cas de néphrite spécifique. Au dernier congrès des syphiligraphes de langue française, MM. Lortat-Jacob et Roberti, en ont signalé quelques cas remarquablement améliorés par le quinby (iodobismuthate de quinine).

CONCLUSIONS

1^o Les signes cliniques ne peuvent à eux seuls suffire à établir le diagnostic étiologique précis des néphrites aiguës de l'enfant. Il faut pratiquer les diverses recherches de laboratoire qui, dans certains cas donneront des renseignements utiles.

2^o Même en l'absence de signes somatiques nets en faveur de l'hérédité spécifique, il faut la rechercher systématiquement chez l'enfant en présence d'une néphrite aiguë qui se prolonge.

3^o Le diagnostic de terrain spécifique étant établi on doit toujours en cas de néphrite aiguë évoluant sur ce terrain instituer le traitement antispécifique d'une façon aussi énergique et aussi précoce que possible, sans oublier toutefois que l'on doit toujours tâter la susceptibilité du sujet vis-à-vis de l'agent thérapeutique employé.

Vu :

Le Président de Thèse :

NOBECOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

Vu :

Le Doyen :

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- CASTAIGNE. — Le livre du Médecin : « *Les maladies des reins*, 1918. »
- CASTAIGNE & RATHERY. — Le rôle de l'hérédité en pathologie rénale : *Semaine médicale* 1904.
- A. FOURNIER. — L'heredo syphilis tardive.
- HUTINEL. — Les néphrites de l'enfance : *Bulletin médical* 1900. — Les néphrites chez les syphilitiques héréditaires. — *Paris médical* 1919. — *Traité des maladies des enfants*.
- LETULLE & BERGERON. — Réaction de Wassermann et syphilis latente au cours des cirrhoses et des néphrites chroniques. *Presse médicale* 1912.
- MERY. — Le pronostic des néphrites chroniques de l'enfance. *Revue de clinique et de thérapeutique* 1904.
- LÉON BERNARD. — La tuberculose pulmonaire.
- NOBÉCOURT. — Les néphrites chroniques chlorurémiques et hypertensives chez les heredo-spécifiques. *Monde médical* 1919.
- NOBÉCOURT. — Néphrites hématuriques des enfants. *Journal des praticiens*, 4 juin 1921.
- NOBÉCOURT. — Néphrite chronique chlorurémique et hypertensive avec infantilisme chez un heredo-syphilitique. *Monde médical*, mai 1920.

- NOBÉCOURT. — Néphrites purpuriques des enfants.
Bulletin médical, septembre 1919.
- NOBÉCOURT. — Le cœur et la pression artérielle dans
les néphrites des enfants. *Journal de Médecine*, 1919.
- RENON. — La fragilité du rein dans la syphilis. *Presse
Médicale* 1899.
- E. SERGENT. — Technique clinique médicale et séméio-
logie.
- GUESLIER M^{lle} J. — Les néphrites interstitielles de
l'heredo-syphilis. L'évolution des néphrites aiguës
chez les heredo-syphilitiques. *Thèse de Paris* 1919.
- PERRIGAULT. — De l'hérédité rénale. *Thèse de Paris*
1904.
- VASSEUR M^{lle}. — Des néphrites hémorragiques chez
les enfants. *Thèse de Paris* 1910.
- ISSERLITZ-SCHWARTZ. — Les poids et les œdèmes des
néphrites des enfants. *Thèse de Paris* 1910.

